



Tratamento de deformidade auricular

Treatment of Auricular Deformity

LUIZ CHARLES-DE-SÁ^{1,2*}
NATALE GONTIJO-DE-AMORIM^{2,3}
ALEXANDRE WAGNER SILVA
DANTAS¹
JOSÉ HORÁCIO ABOUDIB¹

Instituição: Clínica Performa,
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo submetido: 23/7/2016.
Artigo aceito: 21/2/2017.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0020

■ RESUMO

Neste artigo, apresentamos um caso de uma deformidade auricular de difícil correção cirúrgica, envolvendo unidade escafo-helicoidal associada com a orelha proeminente em uma paciente de 25 anos de idade. Esta é uma malformação congênita incomum da orelha, o que resulta em uma borda helicoidal achatada, não curvilínea e dobrada sobre a escafa, comprometendo a aparência helicoidal. Foi proposto um tratamento cirúrgico com abordagem posterior e enxerto de cartilagem conchal à restauração do contorno borda helicoidal em um procedimento único. Esta nova abordagem proporciona um resultado agradável para o ouvido, principalmente por restaurar uma nova unidade escafo-helicoidal sem cicatriz na superfície orelha anterior e tratamento da orelha proeminente.

Descritores: Orelha; Pavilhão auricular; Cartilagem da orelha; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

■ ABSTRACT

In this paper, we present a case of auricular deformity whose surgical correction is difficult, involving scapha-helical unit associated with prominent ear in a 25-year-old female patient. This is an uncommon congenital malformation of the ear, resulting in a flattened, straightened and folded helical rim over the scapha, compromising the helical appearance. The proposed surgical treatment involved posterior approach and conchal cartilage graft to the restoration of the helical rim contour in a single procedure. This new approach provides a fine result to the ear, particularly because it restores the scapha-helical unit with no scar on the surface of the anterior ear and also effectively treats the prominent ear.

Keywords: Ear; Ear auricle; Ear cartilage; Reconstructive surgical procedures.

¹ Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Instituto Pitanguy, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Universidade de Verona, Itália.

INTRODUÇÃO

Malformações da orelha resultam em impacto social e psicológico na qualidade de vida dos pacientes. Orelhas proeminentes são relativamente comuns, com incidência nos caucasianos de cerca de 5%¹ e são a anomalia mais frequente da orelha. A condição é imediatamente reconhecível, e numerosos estudos atestam o sofrimento psicológico, trauma emocional e problemas comportamentais que esta anomalia pode provocar na infância².

Considerando que a orelha proeminente resultada a partir de qualquer subdesenvolvimento do anti-hélice e/ou uma hipertrofia conchal, anomalias secundárias podem coexistir em associação com o prominaurus, incluindo protrusão excessiva da raiz da helix, lóbulo projetado, excessiva protrusão antitragal, insuficiente ondulação helicoidal e macrotia^{3,4}.

Ao nascer, até 38% das crianças apresentam malformação helicoidal. No entanto, 84% dos casos neonatais resolvem totalmente até o primeiro ano de idade, incluindo *lop* e *cup ear*⁵.

O tratamento cirúrgico da orelha proeminente deve ser abordado de uma forma cuidadosa, exige um conhecimento profundo dos seus elementos anatômicos e continua sendo um dos grandes desafios para o cirurgião plástico⁶. Os procedimentos consistem em técnicas, princípios e variadas táticas.

A otoplastia teve uma grande evolução nos últimos 150 anos, com o uso das várias manobras tais como: dobra, raspa, sutura, incisão, reposicionamento e/ou enxerto de cartilagem auricular⁷⁻⁹. Um grande número de técnicas têm sido descritas, muitas das quais são destinadas a uma parte distinta da orelha.

A multiplicidade das abordagens descritas na literatura sugere que nenhuma técnica definitiva foi estabelecida para a correção de orelhas proeminentes em todos os pacientes. Cirurgiões devem ser capazes de analisar corretamente e precisamente a deformidade, seleção e implementação de um plano cirúrgico individualizado⁵⁻¹⁰ e devem ser capazes de identificar e tratar a área do problema específico de cada orelha individualmente em vez de seguir uma rotina¹⁰.

O objetivo da otoplastia é abordar as orelhas de tal maneira que os contornos pareçam macios e naturais, de aparência harmoniosa, e sem nenhuma evidência de intervenção cirúrgica. Quando observada a partir da frente, a borda helicoidal deve ser visível, saliente para além do anti-hélice. Quando visto lateralmente, o contorno helicoidal e anti-helicoidal deve ser curvo, suave e redondo, não agudo e em linha reta⁹⁻¹⁰.

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso incomum de orelha proeminente associado a uma borda helicoidal achatada e dobrada com uma escafa deficiente,

que foi avaliada e tratada por meio de procedimento cirúrgico exclusivo. Além disso, pretendemos descrever uma estratégia de abordagem ideal para esta condição incomum.

RELATO DO CASO

Mulher caucasiana de 25 anos foi admitida em nosso serviço insatisfeita com sua forma de orelha, apresentando uma deformidade na borda helicoidal. A paciente não apresentava déficits funcionais e, na avaliação pré-operatória, não havia história de cirurgia facial, trauma, alergia ou doença.

O exame físico revelou uma deformidade auricular atípica, mostrando uma escafa deficiente, um rebordo helicoidal achatado e dobrado, com prejuízo à borda da orelha curva (curva em forma de C) associada a concha hipertrófica moderada. Não houve discrepância na altura da orelha, que comumente é observada em orelhas constrictas.

Dadas essas características, o plano cirúrgico consistiu em realizar uma otoplastia dirigida ao tratamento da deformidade da unidade escafo-helicoidal e da hipertrofia conchal sob anestesia local com sedação (Figura 1). Este estudo foi realizado de acordo com os princípios éticos da declaração de Helsinki 2000 e Istambul 2008 e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelo paciente antes da cirurgia.

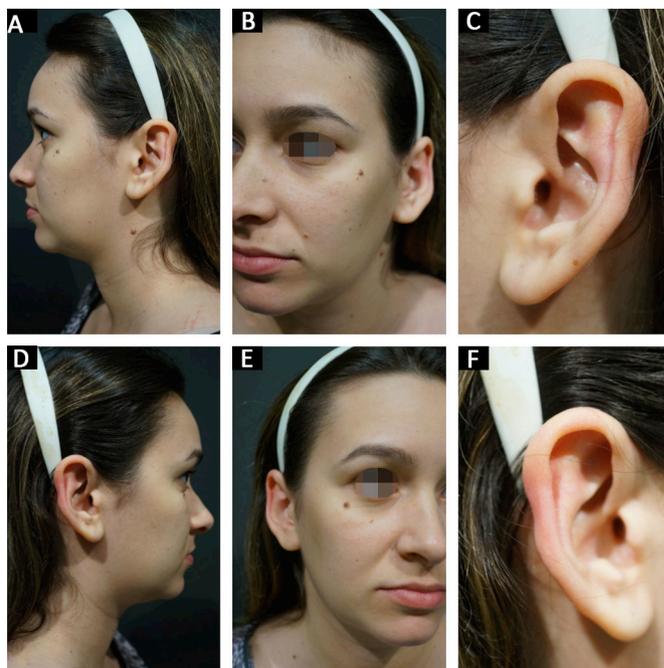


Figura 1. Pre-operatório de paciente, gênero feminino, de 25 anos com queixa de orelha em abano, apresentando borda helicoidal dobrada e achatada.

No início da cirurgia, a anestesia local foi realizada com 0,5% de lidocaína e epinefrina diluída a 1:100.000 unidades. A incisão inferoposterior da pele foi realizada na

área do sulco posterior da orelha e a pele foi rebatida para exposição da cartilagem conchal. Após a exposição da cartilagem posterior da concha, uma parte da cartilagem da concha foi removida e colhida para enxertia.

Outra incisão cutânea foi realizada na superfície posterior da escafa. A pele posterior foi levantada superiormente para atingir a face anterior da escafa, expondo toda a cartilagem anterior da unidade escafo-helicoidal. A pele posterior e anterior próxima à hélix foi elevada para acessar o rebordo helicoidal e a superfície anterior da escafa, liberando as conexões fibrosas entre a escafa e a hélix que causavam um rebordo helicoidal dobrado e não curvo.

Após o tratamento dessas conexões fibrosas, foi confeccionado um enxerto de cartilagem conchal semilunar (tamanho 6 x 3 mm) para estabilizar a escafa e o rebordo helicoidal. Este enxerto foi fixado com duas suturas de náilon 4-0 inabsorvíveis (Figura 2). A pele foi então deixada reacomodar sobre a nova unidade escafo-helicoidal numa posição anatômica adequada. Para manter a pele e cartilagem no lugar, um curativo com pontos captonados foi realizado.

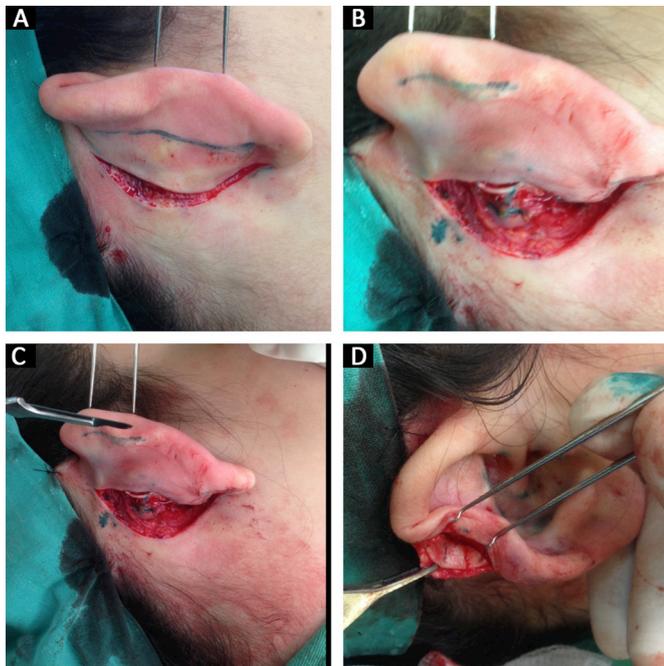


Figura 2. A, B e C: Transoperatório, mostrando as duas incisões cutâneas posteriores; D: Reconstrução da unidade escafo-helicoidal com enxerto cartilaginoso em superfície anterior da hélix para estabilização da unidade.

A orelha foi então reposicionada para trás com o uso de fixação conchal na mastoide com 4-0 PDS (Ethicon, Inc., Somerville, N.J.) até que a aparência desejada fosse alcançada. Antes de suturar a pele retroauricular, foi avaliado o ângulo cefaloauricular, que deve ser de cerca de 30°. No final da cirurgia, o curativo foi feito usando algodão úmido, modelando a superfície lateral da orelha.

Foi realizado um curativo contensivo da cabeça. Após 24 horas de pós-operatório, o curativo foi retirado para avaliar a presença de hematomas, sendo então mantido por mais 5 dias. A sutura cutânea foi removida do 7º ao 10º dia pós-operatório. Em todo o tempo pós-operatório, não foram observadas quaisquer complicações. O tempo de seguimento foi de 8 meses pós-operatório (Figura 3).



Figura 3. Pós-operatório de 8 meses após otoplastia com total correção da orelha em abano e restauração da unidade escafo-helicoidal, dando um contorno auricular mais curvilíneo e harmonioso.

DISCUSSÃO

A correção de orelhas proeminentes por meio de técnicas cirúrgicas que proporcionam um olhar harmonioso, natural e simétrico há muito tempo representa um grande desafio para cirurgiões plásticos. Diversas técnicas cirúrgicas apareceram ao longo dos anos, visando à correção da orelha proeminente.

O pavilhão auricular é uma estrutura elástica cartilaginosa com muitos detalhes e este fato torna-se a cirurgia da orelha proeminente um procedimento complexo. Várias técnicas e táticas foram desenvolvidas para alcançar uma aparência estética normal¹⁻¹⁰.

Na técnica de otoplastia realizada neste caso, abordamos a cartilagem conchal para tratar a hipertrofia e colher um enxerto para estabilizar a nova unidade de escafo-helicoidal. Em uma primeira impressão, havia uma deficiência da cartilagem e pele da escafa. No entanto, depois de ter libertado de anexos fibrosos entre a escafa e a face anterior da hélice, uma nova unidade escafo-helicoidal foi restaurada em uma posição adequada.

Todas as incisões cutâneas para abordar a escafa anterior foram posteriores, o que representou ausência de cicatriz na superfície anterior da orelha. Geralmente, após o tratamento cirúrgico da hipertrofia conchal, uma elipse de pele ao longo do sulco posterior é removida anteriormente.

Neste caso, após a incisão do sulco posterior para acessar a cartilagem da concha, nós deslocamos toda a pele posterior para atingir a incisão posterossuperior ao nível da escafa. Este segmento cutâneo inferoposterior deslizou para cima para fechar a abertura da incisão posterossuperior na região da escafa. Esta lacuna foi devido ao uso de retalho cutâneo para cobrir anteriormente a nova cartilagem da unidade escafo-helicoidal.

Casos de orelha proeminente resultando de subdesenvolvimento anti-helical e hipertrofia conchal associada com qualquer malformação do rebordo escafo-helicoidal, também podem ser tratados com a mesma abordagem utilizada neste caso. Atualmente, as técnicas para a orelha proeminente consistem na produção de uma nova anti-hélix usando suturas permanentes com incisão cartilaginosa ou rotação conchal e fixação, ou arranhando a superfície lateral do anti-hélix, ou incisando toda a extensão no lugar do anti-hélix (Pitanguy) 2, ou a associação de outras táticas cirúrgicas²⁻⁸.

A técnica proposta pelos autores dá um rebordo helicoidal curvo bem definido e restauração da escafa, mantendo uma superfície lisa sem bordas agudas e aproximando-se da cartilagem sem incisões ao longo de toda a unidade escafo-helicoidal, preservando a cartilagem intacta em uma estrutura forte e estável.

Concordamos com a importância do uso de suturas inabsorvíveis no enxerto para estabilizá-lo e a manutenção do rebordo helicoidal não achatado em um novo contorno curvo⁹. O excesso de pele retroauricular deve ser ressecado somente para ajustar o excesso, após a incisão superior ser fechada¹⁰.

Neste caso, os dois objetivos principais que nós tentamos alcançar eram a criação de uma borda helicoidal claramente definida e curvada e tratar a hipertrofia conchal. O primeiro objetivo foi alcançado por meio da restauração do rebordo helicoidal, da escafa e da hipertrofia de concha. Esta nova abordagem demonstrou um resultado harmonioso para a orelha, principalmente por restaurar a unidade escafo-helicoidal sem cicatriz na superfície da orelha anterior e tratamento da orelha proeminente.

CONCLUSÃO

Em conclusão, apresentou-se um caso de deformidade da orelha com um rebordo helicoidal achatado e dobrado e uma escafa deficiente associada a uma orelha proeminente moderada, uma condição incomum que deve ser abordada de maneira adequada para melhorar o resultado estético da otoplastia.

COLABORAÇÕES

- LCS** Aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos.
- NGA** Aprovação final do manuscrito.
- AWSD** Análise e/ou interpretação dos dados.
- JHA** Aprovação final do manuscrito.

REFERENCES

1. Adamson PA, Strecker HD. Otoplasty techniques. *Facial Plast Surg.* 1995;11(4):284-300. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-2008-1064545>
2. Pitanguy I. *Aesthetic Plastic Surgery of Head and Body.* Berlin: Springer-Verlag; 1981. p. 306-14.
3. Kelley P, Hollier L, Stal S. Otoplasty: evaluation, technique, and review. *J Craniofac Surg.* 2003;14(5):643-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00001665-200309000-00008>
4. Paredes AA Jr, Williams JK, Elshahy NI. The constricted ear. *Clin Plast Surg.* 2002;29(2):289-99. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0094-1298\(01\)00006-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0094-1298(01)00006-2)
5. Matsuo K, Hayashi R, Kiyono M, Hirose T, Netsu Y. Nonsurgical correction of congenital auricular deformities. *Clin Plast Surg.* 1990;17(2):383-95. PMID: 2189652
6. Becker OJ. Correction of protruding deformed ear. *Br J Plast Surg.* 1952;5(3):187-96. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226\(52\)80019-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226(52)80019-0)
7. Gibson T, Davis WB. The distortion of autogenous cartilage grafts: its cause and prevention. *Br J Plast Surg.* 1958;10:257-74. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226\(57\)80042-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226(57)80042-3)
8. Converse JM, Wood-Smith D. Technical details in the surgical correction of the lop ear deformity. *Plast Reconstr Surg.* 1963;31:118-28. PMID: 14022738 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-196302000-00002>
9. Brent BD. Reconstruction of the Ear. In: Rodriguez ED, Losee JE, Neligan PC. *Plastic Surgery. Volume 3: Craniofacial, Head and Neck Surgery and Pediatric Plastic Surgery.* Elsevier. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2003.
10. Maurice PF, Eisbach KJ. Aesthetic otoplasty: wedge excision of a flattened helix to create a helical curl. *Arch Facial Plast Surg.* 2005;7(3):195-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archfaci.7.3.195>

*Autor correspondente:

Luiz Charles-de-Sá

Av. Joana Angélica, 124/602 - Ipanema - Rio de Janeiro, RJ, Brasil

CEP 22420-030

E-mail: clinicaperforma@uol.com.br